Estratto da:

Giornale di Stomatologia e di Ortognatodonzia

(a cura della Università degli Studi di Padova, della Università degli Studi di Verona, e della Università degli Studi di Trieste)

Anno VIII - N. 1 - 1989

POR EDITORE

Poliambulatorio Odontoiatrico Riunito
Oderzo (TV)

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PADOVA
ISTITUTO DI CLINICA ODONTOIATRICA
DIRETTORE: PROF. ANTONIO BELTRAME

A. BELTRAME - L. GUARDA NARDINI - M. BERENGO

DISFUNZIONI CRANIO-MANDIBOLARI: PRESENTAZIONE DI UNA SCHEDA E PRIME VALUTAZIONI DEI DATI ACQUISITI.

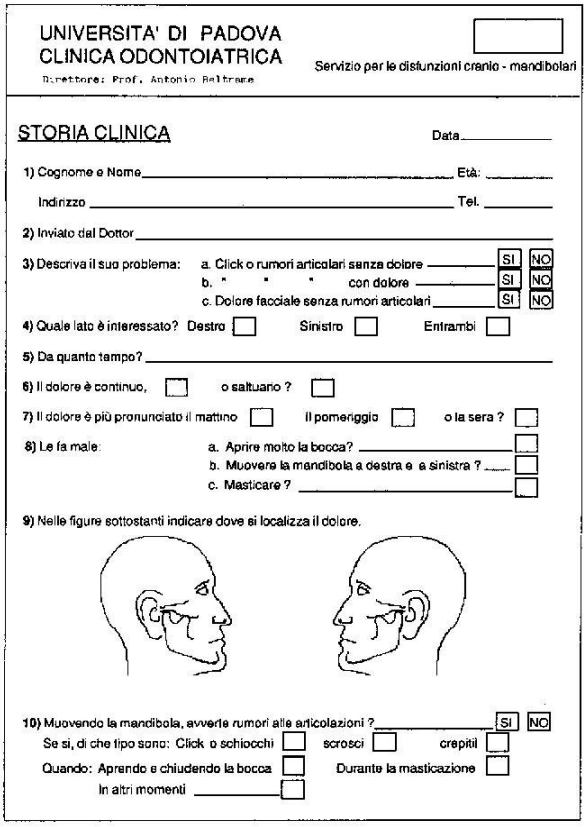
Introduzione

Solitamente il primo approccio di un paziente con l'ambulatorio odontoiatrico, sia esso privato o di una struttura pubblica, consiste nel rispondere ad una serie di domande, contenute in un questionario, che gli viene consegnato alla reception. Tali questionari possono essere diversi a seconda delle scuole o degli autori [1, 4, 7, 11, 17, 18, 20] ma, in genere, pongono quesiti concernenti l'anamnesi patologica remota, prossima ed i motivi per i quali il paziente richiede la visita e le prestazioni.

Materiali e metodi

Anche noi, nel servizio di disfunzioni cranio-mandibolari della nostra clinica, abbiamo messo a punto uno di tali questionari o schede che abbiamo voluto, almeno all'inizio, mantenere semplice, anche se forse lacunoso, in modo che il paziente fosse in grado di poterlo compilare da solo.

Un fac-simile di tale questionario è riprodotto nelle figure n. 1 e n. 2.



UNIVERSITA' DI PADOVA
CLINICA ODONTOIATRICA
Direttore: Prof. Antonio Beltrame

Servizio per le disfunzioni cranio - mandibolari

STORIA CLINICA — Data _____

1) Cognome e Nome _____ Età: _____
Indirizzo _____ Tel. _____

2) Inviato dal Dottor _____

3) Descriva il suo problema:
a. Click o rumori articolari senza dolore _____ SI NO
b. " " " con dolore _____ SI NO
c. Dolore facciale senza rumori articolari _____ SI NO

4) Quale lato è interessato? Destro ☐ Sinistro ☐ Entrambi ☐

5) Da quanto tempo? _____

6) Il dolore è continuo, ☐ o saltuario ? ☐

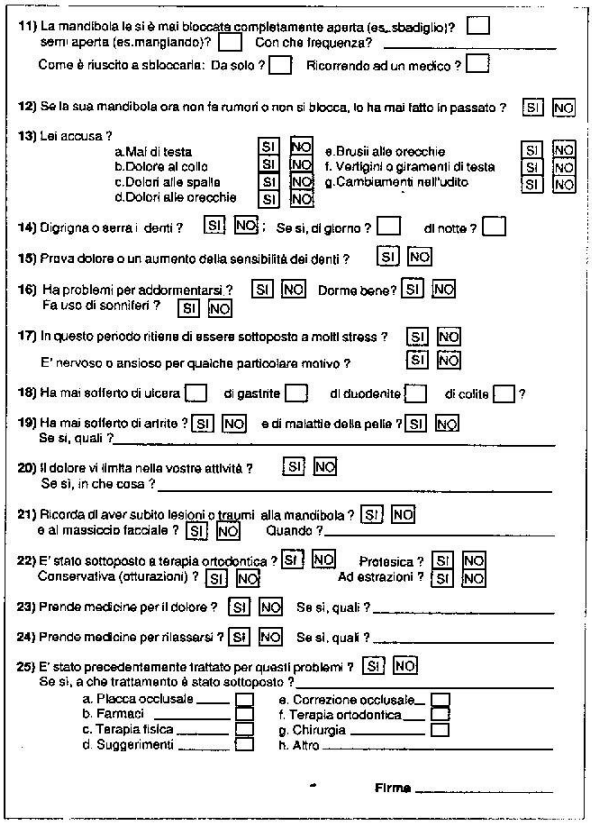
7) Il dolore è più pronunciato il mattino ☐ il pomeriggio ☐ o la sera ? ☐

8) Le fa male:
a. Aprire molto la bocca? _____ ☐
b. Muovere la mandibola a destra e a sinistra ? _____ ☐
c. Masticare ? _____ ☐

9) Nelle figure sottostanti indicare dove si localizza il dolore.

10) Muovendo la mandibola, avverte rumori alle articolazioni ? _____ SI NO
Se si, di che tipo sono: Click o schiocchi ☐ scrosci ☐ crepitii ☐
Quando: Aprendo e chiudendo la bocca ☐ Durante la masticazione ☐
In altri momenti _____ ☐

Figura 1



11) La mandibola le si è mai bloccata completamente aperta (es. sbadiglio)? ☐
semi aperta (es. mangiando)? ☐ Con che frequenza? _____
Come è riuscito a sbloccarla: Da solo ? ☐ Ricorrendo ad un medico ? ☐

12) Se la sua mandibola ora non fa rumori o non si blocca, lo ha mai fatto in passato ? SI NO

13) Lei accusa ?
a. Mal di testa SI NO
b. Dolore al collo SI NO
c. Dolori alle spalle SI NO
d. Dolori alle orecchie SI NO
e. Brusii alle orecchie SI NO
f. Vertigini o giramenti di testa SI NO
g. Cambiamenti nell'udito SI NO

14) Digrigna o serra i denti ? SI NO ; Se si, di giorno ? ☐ di notte ? ☐

15) Prova dolore o un aumento della sensibilità dei denti ? SI NO

16) Ha problemi per addormentarsi ? SI NO Dorme bene? SI NO
Fa uso di sonniferi ? SI NO

17) In questo periodo ritiene di essere sottoposto a molti stress ? SI NO
E' nervoso o ansioso per qualche particolare motivo ? SI NO

18) Ha mai sofferto di ulcera ☐ di gastrite ☐ di duodenite ☐ di colite ☐ ?

19) Ha mai sofferto di artrite ? SI NO e di malattie della pelle ? SI NO
Se si, quali ? _____

20) Il dolore vi limita nella vostre attività ? SI NO
Se si, in che cosa ? _____

21) Ricorda di aver subito lesioni o traumi alla mandibola ? SI NO
e al massiccio facciale ? SI NO Quando ? _____

22) E' stato sottoposto a terapia ortodontica ? SI NO Protesica ? SI NO
Conservativa (otturazioni) ? SI NO Ad estrazioni ? SI NO

23) Prende medicine per il dolore ? SI NO Se si, quali ? _____

24) Prende medicine per rilassarsi ? SI NO Se si, quali ? _____

25) E' stato precedentemente trattato per questi problemi ? SI NO
Se si, a che trattamento è stato sottoposto ? _____
a. Placca occlusale _____ ☐
b. Farmaci _____ ☐
c. Terapia fisica _____ ☐
d. Suggerimenti _____ ☐
e. Correzione occlusale _____ ☐
f. Terapia ortodontica _____ ☐
g. Chirurgia _____ ☐
h. Altro _____

Firma _____

Figura 2

Dopo i primi 120 pazienti, giunti alla nostra osservazione, abbiamo analizzato i dati forniti dai questionari. Essi riguardano il sesso e l'età del paziente; il tipo di problema presentato ed il lato interessato; il tempo intercorso fra l'insorgenza dei primi sintomi e la prima visita odontoiatrica; se era presente dolore, di che tipo fosse, quale il suo andamento e le condizioni che lo evocavano o lo aggravavano; se vi era rumore articolare, di che tipo fosse e quali le condizioni che lo provocavano ed eventualmente quale altra sintomatologia fosse associata al problema cranio-mandibolare; se vi erano stati trattamenti precedentemente eseguiti e con che esito.

Blocco mandibolare

A 28 (23,3%) pazienti la mandibola si è bloccata con bocca completamente aperta (lock aperto); a 39 (32,4%) il blocco articolare è avvenuto in semi-apertura (lock chiuso). Inoltre in 30 casi la mandibola si è bloccata in lock aperto o chiuso una volta, in 37 casi più di una volta.

In 39 casi (58,2%) il paziente è riuscito a sbloccare la mandibola da solo, in 21 casi (31,3%) solo ricorrendo all'opera di un medico.

Presenza di rumori o di blocco mandibolare avvenuti in passato in assenza, alla nostra prima visita, di una sintomatologia in atto. 14 pazienti (11,6%) non presentavano alcuna sintomatologia: nè la mandibola bloccata, nè rumori articolari, nè dolore al momento della visita. Tuttavia tali condizioni, tutte o in parte, si erano presentate in passato.

Bruxismo. 51 pazienti (42,5%) hanno affermato di digrignare o di serrare i denti; di questi 22 durante il giorno e 40 durante la notte.
Aumento della sensibilità dentaria. 28 pazienti, pari al 23,3%, hanno riferito di accusare, negli ultimi tempi, un aumento della sensibilità o dolore dentario.
Sonno. Dei 120 pazienti esaminati, 29 (19,1%) hanno problemi ad addormentarsi di questi 7 (5,8%) fanno uso di sonniferi; 91 (75,8%) invece sono i pazienti che prendono regolarmente sonno e dormono bene.
Stato psicologico. 52 pazienti (43,3%) riferiscono di essere ansiosi; 55 (45,8%) ritengono di essere sottoposti in questo periodo a particolari stress.
Limitazioni causate dal dolore. Il dolore limita nell'attività quotidiana 27 pazienti (22,5%) specie per quanto riguarda il parlare, il mangiare, le attività intellettuali ed i rapporti interpersonali.
Patologie associate. 7 pazienti (5,8%) riferiscono di aver sofferto o di soffrire di ulcera, 26 (21,6%) di gastrite, 6 (5%) di duodenite, 28 (23,3%) di colite, 23 pazienti (19,1%) di artrite e 15 (12,5%) di malattie della pelle, fra queste comuni sono risultate essere l'eczema, la dermatite da contatto, orticaria, pitiriasi versicolor.

Lesioni traumatiche. 21 pazienti riferiscono d'aver subito lesioni traumatiche alla mandibola (17,5%), 7 (5,8%) al mascellare superiore.
Farmaci. 29 pazienti (24,1%) riferiscono d'aver assunto farmaci antidolorifici, fra questi quelli di più comune utilizzo sono stati novalgina, aspirina, feldene, voltaren, optalidon. 13 pazienti (10,8%) hanno preso farmaci per rilassarsi, fra questi valium, tavor, tegretol, o, più comunemente, valeriane o tisane.

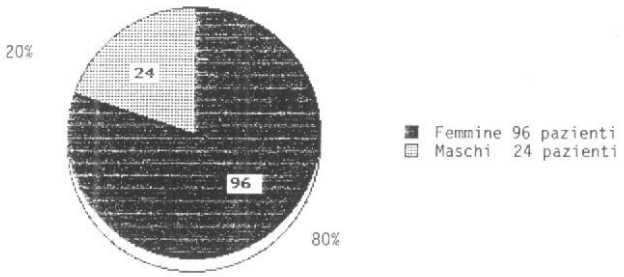


Figura 3 - Distribuzione in base al sesso dei pazienti. La maggior parte dei pazienti giunti alla nostra osservazione sono di sesso femminile (F), pari a 96 su 120 ossia l'80%.

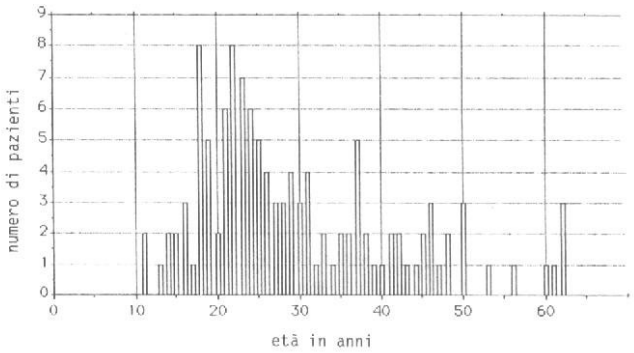


Figura 4 - Analisi dei pazienti in base all'età.
L'età media risulta essere di 33,7 anni. I pazienti più giovani, da noi esaminati, sono risultati di 11 anni, i più anziani di 62. I picchi di frequenza si hanno attorno ai 18 e ai 22 anni.

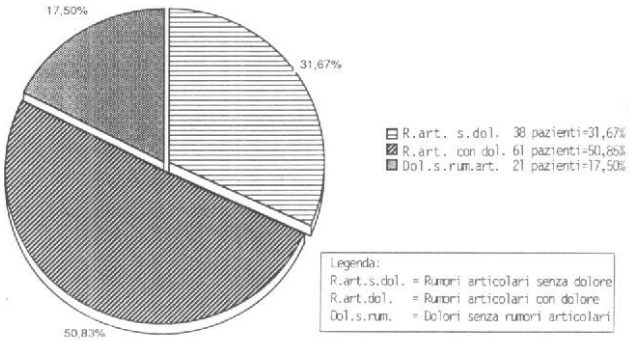


Figura 5 - Tipo di problema presentato.
- 61 pazienti (50,8%) presentavano rumori articolari con dolore.
- 38 pazienti (31,7%) presentavano rumori articolari senza dolori.
- 21 pazienti (17,5%) riferivano dolori senza alcun rumore articolare.

duodeniti, coliti; così come con artriti e malattie della pelle.

- In genere, questa patologia, non è stata invalidante per i pazienti o comunque in grado di causare dolori tali da limitare la loro attività quotidiana o da indurli, in genere, a ricorrere sistematicamente a farmaci.
- Una errata terapia odontojatrica, protesica, ortodontica, conservativa od estrattiva sembra essere stata spesso la causa scatenante o quanto meno la concausa della patologia algico-disfunzionale.
- In conclusione possiamo affermare che, da quanto è emerso analizzando statisticamente i nostri primi 120 pazienti, vengono confermati tutti i dati già messi inevidenza dai vari autori [1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,12,13,14,15,16,19,21] concernenti le disfunzioni cranio-mandibolari.

Un dato tuttavia ci ha sorpreso e riguarda il tempo medio estremamente lungo intercorso tra la comparsa dei primi sintomi di tali disfunzioni e la prima visita odontostomatologica. Ciò ci porta a pensare come tale patologia sia ancora spesso misconosciuta, ignorata e sottovalutata sia dal medico di base che dal paziente e che, spesso, solo in occasione di un episodio acuto, quando la disfunzione può già avere assunto una sua gravità, si senta la necessità d'intraprendere una terapia; terapia che in questi casi può presentarsi lunga e con una percentuale di successo non molto elevata.

Riassunto

Gli Autori propongono una scheda diagnostica per la valutazione di pazienti con problemi disfunzionali cranio-mandibolari e analizzano poi i risultati ottenuti nei primi 120 casi.

Bibliografia

1. «American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons-Criteria for TMJ meniscus surgery» 1984; Atti.
2. **Bell W.E.:** «Orofacial pain, in differential diagnosis». Ed. Chicago Yearbook Medical Pubblisher Inc. 1982.
3. **Bronstein S.L. e coll.:** «Internal derangements of the TMJ: correlation of arthrography with surgival findings». J. Oral Surg. Aug. 1981, vol. 39, 572-584.
4. **Clark G.T. e coll.:** «Craniocervical dysfunction levels in a patient sample from a temporomandibular joint clinic». JADA, vol. 115 Aug. 1987; 251-256.
5. **Dingman R.O., Constant E.:** «A fifteen year experience with TMJ disorders - evaluation of 140 cases». Pl. Reconst. Surg. Aug. 1969.
6. **Dolwick M.F. e coll.:** «Internal derangement of the TMJ. Fact or finction?». J. Prosthet. Dent. vol. 49, 415, 1983.
7. **Dolwick M.F. e Sanders B.:** «TMJ internal derangement and arthrosis». St. Louis, Mosby Co. 1985.
8. **Eriksson L. e coll.:** «Clinical and radiological study of patients with anterior disc displacement of the TMJ». Swed. Dent. J. vol. 7, 55-64, 1983.
9. **Friction J.R. e coll.:** «Interdisciplinary management of patients with TMJ and craniofacial pain: characteristics and outcome»; J. Craniomand. Disorders: Facial and Oral Pain vol. I n. 2, 115-122, 1987.
10. **Harris M.:** «Medical versus surgical management of TMJ pain and dysfunction». British J. Oral and Maxillofac. Surg. 25, 113-120; 1987.
11. **Marciani R.D. e coll.:** «Identification of patients at risk for unnecessary of excessive TMJ surgery». Oral Surg. vol. 64 n. 5 Nov. 1987; 533-535.
12. **Mc Carty W.B.:** «Diagnosis and treatment of internal derangements of the articular disk and mandibular condyle». Chicago-Quintessence Pubblishing Co. Inc. 1980.
13. **Mejersjö C.:** «Long-term results of treatment for TMJ paindysfunction». The J. Prosthetic Dent. vol. 49 n. 6 Jun. 1983; 809-815.
14. **Mejersjö C.:** «Long-term development after treatment of mandibular dysfunction and osteoarthrosis». Swed. Dent. J. Supplement 22; 1984.
15. **Ogus H.:** «Rheumatoid arthritis of the TMJ; British J. Oral Surg. 12; 275-284; 1975.
16. **Rasmussen O.C.:** «Temporomandibular Arthropaty». Int. J. Oral Surg. 12; 365-397; 1988.
17. **Rieder C.E.:** «Development of a simplified system for clinical evaluation of occlusal interrelationships. Part I. Acquisition of information». J. Prosthet. Dent. vol. 33 n. 3 March 1975; 265-277.
18. **Rieder C.E.:** «Development of a simplified system for clinical evaluation of occlusal interrelationships. Part II. Storage of the information». J. Prosthet. Dent. vol. 33 n. 4 April 1975; 433-442.
19. **Toller P.A.:** «Osteoarthrosis of the mandibular condyle». British Dent. J. 134; 1973; 223-231.
20. **Weinberg L.A.:** «The etiology, diagnosis and treatment of TMJ dysfunction-pain syndrome. Part II: differential diagnosis». J. Prosthet. Dent. vol. 43; n. 1; Jan. 1980; 58-70.
21. **Zarb G.A., Carlsson G.E.:** «Temporomandibular Joint function and dysfunction». St. Louis; Mosby Co. 1979.